

KLASA: 421-01/24-05/2

URBROJ: 2140-1-24-2

Krapina, 03.04.2024.

**PRIJAVA NA JAVNI POZIV ZA ISKAZ INTERESA
KORIŠTENJA POTPORE I PODRŠKE U SVAKODNEVNOM ŽIVOTU
STARIJIM OSOBAMA I ODRASLIM OSOBAMA S INVALIDITETOM
U PROJEKTU ŽENE ZA ZAGORJE 4 – PREVENCIJA INSTITUCIONALIZACIJE
SF.3.4.11.01.0358**

kojom ja

IME I PREZIME	
ADRESA	
DATUM ROĐENJA	
OIB	
MOBITEL/TELEFON	

izjavljujem i vlastoručnim potpisom potvrđujem da sam pripadnik ciljine skupine (zaokružiti):

- a) osoba starija od 65 godina
- b) osoba s invaliditetom.

Suglasan/na sam da mi radnici/e zaposleni/e u sklopu projekta pružaju usluge potpore i podrške u svakodnevnom životu. Potrebne su mi sljedeće usluge (zaokružiti):

1. **organiziranje prehrane** (pomoć u pripremi obroka, pomoć u nabavi hrane i dr.)
2. **obavljanje kućanskih poslova** (pranje posuđa, pospremanje stambenog prostora, donošenje vode, ogrijeva i slično, organiziranje pranja i glačanja rublja, nabava lijekova i drugih potrepština i dr.)

3. **održavanje osobne higijene** (pomoć u oblačenju i svlačenju, pomoć u obavljanju drugih higijenskih potreba i dr.)
4. **zadovoljavanje drugih svakodnevnih potreba** (podrška kroz razgovor i druženje, pratnja i pomoć u društvenim aktivnostima, pomoć kod komunikacije s liječnikom, Hrvatskim zavodom za socijalni rad i dr.)

Uz ovaj obrazac za prijavu prilažem dokumentaciju (zaokružiti):

1. Preslika osobne iskaznice, putovnice ili dokumenta jednake ili slične vrijednosti iz kojeg je nedvojbeno moguće utvrditi identitet i dob sudionika
2. Izjava pripadnika ciljne skupine o broju članova kućanstva
3. Potvrda Porezne uprave o visini dohodaka i primitaka za mjesec na koji se odnosi iznos prosječne starosne mirovine za 40 i više godina mirovinskog staža za svakog člana kućanstva (potrebno dostaviti samo za ciljnu skupinu osoba starijih od 65 godina)
4. Potvrda o upisu u Registar osoba s invaliditetom iz koje je vidljivo da osoba ima oštećenje trećeg ili četvrtog stupnja težine invaliditeta – oštećenja funkcionalnih sposobnosti ili nalaz i mišljenje Zavoda za vještačenje, profesionalnu rehabilitaciju i zapošljavanje osoba s invaliditetom u kojem je naveden treći ili četvrti stupanj težine invaliditeta – oštećenja funkcionalnih sposobnosti (potrebno dostaviti samo za ciljnu skupinu osoba s invaliditetom)

Dajem privolu Gradskom društvu Crvenog križa Krapina da zatraži:

- **za osobe starije od 65 godina:** Potvrdu/Izjavu Hrvatskog zavoda za socijalni rad da pripadnik ciljne skupine ne koristi sljedeće usluge – uslugu pomoć u kući, boravka, organiziranog stanovanja, smještaja, organiziranog stanovanja, osobne asistencije koju pruža osobni asistent
- **za odrasle osobe s invaliditetom:** Potvrdu/Izjavu Hrvatskog zavoda za socijalni rad da pripadnik ciljne skupine ne koristi sljedeće usluge – uslugu pomoć u kući, boravka, organiziranog stanovanja, smještaja, organiziranog stanovanja, osobne asistencije koju pruža osobni asistent, odnosno da roditelj ili drugi član obitelji nema priznato pravo na status roditelja njegovatelja ili status njegovatelja za brigu o njoj.

Pod materijalnom i kaznenom odgovornošću izjavljujem i vlastoručnim potpisom potvrđujem da su podaci navedeni u ovoj Prijavi točni i potpuni te ovlašćujem nadležne da iste imaju pravo provjeravati, obrađivati, čuvati i upotrebljavati u skladu sa Zakonom o zaštiti osobnih podataka i drugim važećim propisima.

U _____, _____
mjesto datum potpis